



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Trabajo Fin de Grado

**El paciente con trastorno límite de la
personalidad desde la perspectiva enfermera**

**The patient with borderline personality disorder
from the nurse perspective**

Autor/es

Leyre Valiente Molero

Director/es

María Eugenia Estrada Fernández

Año 2020-2021

*"Una mente calmada trae fortaleza interna y autoestima,
eso es muy importante para la salud mental".*

Dalai Lama

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	6
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos.....	9
Metodología.....	10
Desarrollo.....	14
Comorbilidad.....	14
Entorno familiar.....	16
Psicoterapia.....	18
Papel de enfermería	20
Diagnósticos enfermeros.....	22
Conclusiones.....	23
Bibliografía.....	24
Anexos.....	30

1. RESUMEN

Introducción: El trastorno límite de la personalidad es una patología que surgió en 1938 por Stern y cursa con un patrón de inestabilidad afectando a relaciones interpersonales, autoimagen, etc. Dicha enfermedad no está únicamente relacionada con un tratamiento farmacológico, sino también con uno psicoterapéutico, ya que presenta repercusión psicológica tanto en el paciente como en la familia.

Objetivo: Elaborar una revisión bibliográfica para conocer la evidencia científica publicada en relación al trastorno límite de personalidad en el ámbito de la enfermería.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Además, se realiza una consulta de expertos.

Desarrollo: Se lleva a cabo una selección de 30 artículos. Así mismo, se trata el concepto comorbilidad respecto al trastorno límite de la personalidad con otras patologías, más concretamente con aquellas relacionados con la conducta alimentaria. Respecto al tratamiento de elección, se lleva a cabo la terapia dialéctico-conductual, en la cual tanto el equipo de médicos como el personal de enfermería desempeñan un rol importante a través de la escucha activa, la comunicación asertiva y la empatía. Por último, se exponen diferentes diagnósticos de enfermería con la finalidad de llevar a cabo un correcto abordaje terapéutico del paciente con trastorno límite de la personalidad.

Conclusiones: Existe un gran impacto en el entorno familiar y del paciente, además de una afectación en la calidad de vida de estos. Por ello, se considera importante la intervención de personal de enfermería, el cual, desempeña un rol importante en el abordaje terapéutico del individuo límite.

Palabras clave: Trastorno de personalidad limítrofe, Familia, Comorbilidad, Enfermería, Psicoterapia.

SUMMARY:

Introduction: Borderline personality disorder is a pathology that emerged in 1938 by Stern. It runs with a pattern of instability affecting interpersonal relationships, self-image, etc. This disease is not only related to a pharmacological treatment, but also to a psychotherapeutic one, since it has psychological repercussions in the patient and family.

Objective: Prepare a bibliographic review to know the scientific evidence published in relation to borderline personality disorder in the field of nursing.

Methodology: A bibliographic review is realised out in different databases. In addition, an expert consultation is conducted.

Development: A selection of 30 articles is carried out. Likewise, the concept of comorbidity with respect to borderline personality disorder is treated with other pathologies, more specifically with those relates to eating behavior. Regarding the treatment of choice, dialectical-behavioral therapy is carried out, in which both the medical team and the nursing staff play an important role through active listening, assertive communication and empathy. Finally, different nursing diagnoses are presented in order to fulfil a correct therapeutic approach to the patient who suffer from borderline personality disorder.

Conclusions: There is a great impact on the family and patient environment, as well as an impact on their quality of life. Therefore, the intervention of nursing staff is considered important, which plays an important role in the therapeutic approach of the borderline individual.

Key words: Borderline personality disorder, Family, Comorbidity, Nursing, Psychotherapy.

2. INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad también conocido como borderline, limítrofe o fronterizo (1-3), surgió en 1938 por Stern, quien lo entendía como un término medio entre neurosis y psicosis. Aunque más tarde, en 1980, fue incluido en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-III) (1, 2, 4).

Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V), esta patología pertenece al grupo Cluster B, el cual está integrado por personas percibidas como inmaduras e inestables, con dificultades con la propia identidad. Así mismo pueden manifestarse de diferentes formas, desde la arrogancia y la grandilocuencia a la insatisfacción y el vacío. Además, el funcionamiento social y afectivo también se ve afectado, variando desde la dependencia emocional y falta de autonomía afectiva, al déficit de empatía e instrumentalización de los otros (5, 6). (Ver anexo I)

Respecto a la prevalencia, se estima que el porcentaje en cuanto a la población general fluctúa entre el 0,2 y el 1,8%, entre el 10% y el 20% en pacientes ambulatorios y entre un 15% y un 20% en pacientes ingresados (2, 5, 7, 8).

Para su diagnóstico, es necesario contar al menos con cinco de los siguientes nueve criterios recogidos en el DSM-V), los cuales se dividen entre síntomas afectivos, impulsivos, interpersonales y cognitivos (2, 7, 9).

Dentro de los síntomas afectivos se encuentran la inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo, una ira inapropiada difícil de controlar y sentimientos crónicos de vacío, soledad o inutilidad (2).

Respecto a los síntomas impulsivos se encuentran los comportamientos suicidas o intentos de automutilación, un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por picos extremos

de idealización y devaluación y una impulsividad potencialmente dañina para uno mismo (2).

Como síntomas interpersonales se pueden destacar, esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado, y la alteración de la identidad y autoimagen (2).

Por último, como síntoma cognitivo, se observa la ideación paranoide temporal relacionada con el estrés o síntomas disociativos agudos (2).

A parte de los criterios previamente mencionados, las personas con trastorno límite de la personalidad presentan otras características notables. Entre ellas, se observan sentimientos de malestar en un largo período de tiempo, normalmente desencadenados por el miedo al rechazo. Por otro lado, se observa una notoria oscilación entre ira y ansiedad, así como también del aprecio al rechazo. Y la presencia de conductas consideradas manipuladoras, aunque éstas puedan ser una vía de escape del sufrimiento interno (2).

2.1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad sigue persistiendo una discriminación de las personas con enfermedad mental sostenida por prejuicios y falsas creencias como por ejemplo que la propia persona es responsable de su enfermedad o la atribución de peligrosidad al individuo que la padece.

En concreto, el trastorno límite de personalidad, a diferencia de otros trastornos, no es tan conocido ni aceptado por la sociedad, lo que genera exclusión y sentimientos de aislamiento e incompreensión tanto en la persona que lo padece como en la familia, lo que provoca la necesidad de un abordaje enfermero que promueva la ayuda familiar e individual. Es por ello, que se considera de gran relevancia que el profesional de enfermería sea consciente de que ante la aparición de cualquier problema de salud mental, el proceso de enfermar no solo se produce en el individuo sino también en su entorno familiar.

Con el fin de abordar el trastorno y sus dificultades desde la perspectiva enfermera, se requiere llevar a cabo una revisión bibliográfica detallada sobre el tema.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos generales:

- Elaborar una revisión bibliográfica para conocer la evidencia científica publicada en relación al trastorno límite de personalidad en el ámbito de la enfermería.

3.2 Objetivos específicos:

- Estudiar la comorbilidad entre el trastorno límite de personalidad y la presencia de otras patologías.
- Conocer cómo percibe el trastorno el entorno familiar del paciente.
- Explicar los distintos tipos de psicoterapia utilizados en el tratamiento.
- Describir el papel de los profesionales de enfermería en el abordaje del paciente con trastorno límite de personalidad.
- Determinar los diagnósticos enfermeros más empleados en la patología.

4. METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica en base a la documentación científica publicada sobre el trastorno límite de personalidad y su relación con una perspectiva enfermera.

Para ello, la búsqueda se enfoca principalmente en la utilización de las bases de datos Dialnet, Scielo, Lilacs y Pubmed durante el periodo comprendido entre diciembre de 2020 y marzo de 2021.

Para realizar la búsqueda se emplean las siguientes palabras DeCs (Descriptores en Ciencias de la salud): "trastorno de personalidad limítrofe", "familia", "comorbilidad", "enfermería", "psicoterapia".

Además, de realizar combinaciones empleando los operadores booleanos AND y OR.

Como criterios de inclusión para delimitar la búsqueda de artículos científicos se han escogido según los parámetros:

- Fecha de publicación del 2010 y posteriores.
- Idiomas de español, inglés o portugués.
- Información contenida acerca de los distintos tipos de trastorno límite de la personalidad y como realiza su abordaje enfermería.

Los criterios de exclusión son:

- Información sobre otras patologías no vinculantes al trastorno límite de personalidad.
- Años de publicación son anteriores a 2010.
- Otros idiomas.

Además de la anterior búsqueda, se completa la revisión tras realizar una consulta de profesionales expertos en la materia.

Mediante la estrategia de búsqueda realizada, se obtiene un total de 1708 artículos. De estos, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión se han descartado 1678. Por ello, se obtiene un total de 30 publicaciones científicas de interés. (Ver tabla 1) Tras la obtención de éstas, se procede

a la realización de diferentes tablas recopilatorios para el estudio de los resultados de manera detallada. (Ver anexo II)

Tabla 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Perfil de búsqueda	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados tras aplicar los criterios de inclusión
Dialnet	"Trastorno de personalidad limítrofe" [Términos DeCS] AND "enfermería"	3	1
	"Trastorno de personalidad limítrofe" [Términos DeCS] OR "Psicoterapia"	1345	8
Scielo	"Enfermería" [Términos DeCS] AND "Trastorno de personalidad limítrofe"	0	0
	"Familia" [Términos DeCS] AND "Trastorno de personalidad limítrofe"	3	2
	"Trastorno de personalidad limítrofe" [Términos DeCS] OR "Enfermería"	292	12
	"Trastorno de personalidad limítrofe" [Términos DeCS] AND "psicoterapia"	11	3
Lilacs	"Enfermería" [Términos DeCS] AND "Trastorno de personalidad limítrofe"	2	1
	"Trastorno de personalidad limítrofe" [Términos DeCS] AND "psicoterapia"	46	2
	"Trastorno de personalidad limítrofe" [Términos DeCS] AND "comorbilidad"	5	1

Pubmed	"Trastorno de personalidad limítrofe" [Términos DeCS] AND "familia"	1	0
	"Trastorno de personalidad limítrofe" [Términos DeCS] AND "comorbilidad"	0	0

Fuente: Elaboración propia

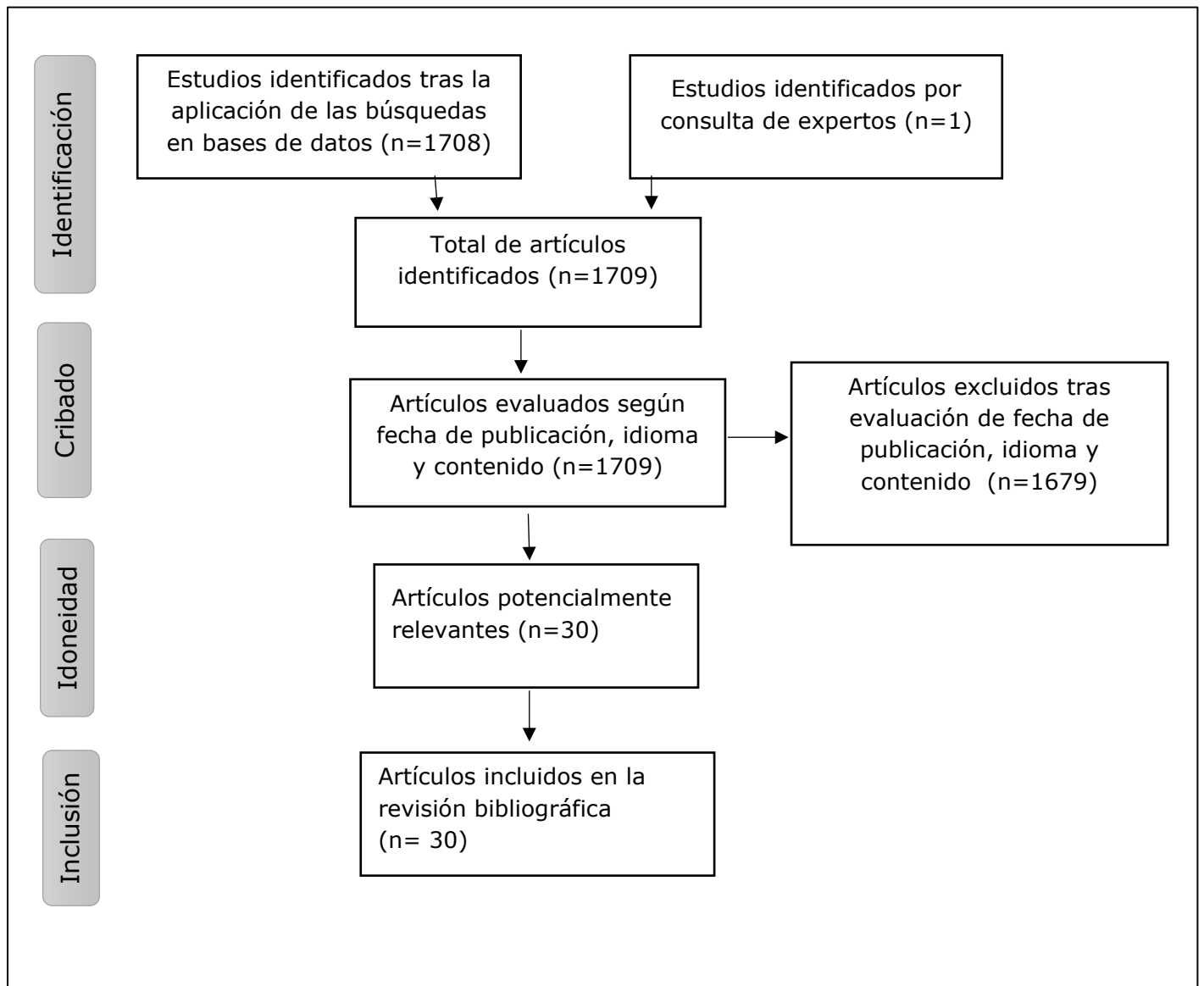


Figura 1: Diagrama de flujo. Identificación de artículos a través de la búsqueda bibliográfica

Fuente: Elaboración propia

5. DESARROLLO

5.1. La comorbilidad entre el trastorno límite de personalidad (TLP) y otras patologías.

Se entiende por comorbilidad la unión de dos o más trastornos que coexisten en un solo individuo. Partiendo de la aclaración de dicho concepto, se observa que el trastorno límite de personalidad puede presentar comorbilidad con otros trastornos, tanto clínicos como con otros trastornos de la personalidad (10, 11).

Las alternaciones clínicas que más comorbilidad se presenta son: trastornos de ansiedad (10, 11), trastornos de conducta alimentaria (6, 10, 11, 12), trastornos del estado de ánimo (6, 10, 11, 13) y trastornos por estrés postraumático (6, 10, 11). Por otro lado, aquellos trastornos de personalidad que más comúnmente suelen asociarse y vincularse con el límite son: antisocial, esquizotípico, dependiente e histriónico (10). (Ver anexo III)

Centrándonos en aquellos trastornos más frecuentemente asociados a la patología límite, es conocido que los trastornos de la conducta alimentaria pueden llegar a alcanzar entre un 0 y 58% más de vinculación que otras patologías, concretamente la sintomatología purgativa o bulimia nerviosa. Además, este trastorno de la conducta alimentaria, no solo se relaciona con patologías limítrofes, sino también evitativas (10, 12, 14).

En cuanto a la comorbilidad del trastorno de consumo de sustancias, ésta alcanza entre un 46 y un 64% más su frecuencia. Además, su relación suele ser muy frecuente y generalmente necesita intervención sanitaria. Ninguno de los dos es excluyente del otro, pues comparten síntomas y factores etiológicos (10, 15).

Por su parte, los trastornos del ánimo, especialmente el de tipo bipolar y el depresivo, presentan una frecuente comorbilidad con los trastornos de la personalidad (16). En lo relacionado con el trastorno bipolar, éste cobra especial relevancia, ya que aproximadamente el 20% de los individuos

con trastorno límite de la personalidad son diagnosticados de trastorno bipolar comórbido y a su vez, alrededor del 15% de los individuos con patología del ánimo alterada, concurren con trastorno límite de la personalidad. Esta asociación entre ambos es una condición amenazante para la vida, pues éstos son impulsados a elevadas tasas de conductas autolesivas, suicidio, menor adherencia al tratamiento, y mayores tasas de abandono. De hecho, alrededor de un 60% de individuos que poseen ambos trastornos ha tenido anteriormente un intento de suicidio, siendo hasta cuatro veces mayor el riesgo que los pacientes que no poseen ninguno de estos trastornos (13, 16).

Finalmente, se observa una notable diferencia entre género, pues se constata la relación de ser mujer con una mayor prevalencia con diagnósticos de depresión mayor, trastorno de ansiedad y trastorno de la conducta alimentaria. Sin embargo, los hombres presentan una mayor comorbilidad con los trastornos de personalidad antisocial o por consumo de sustancias (10).

5.2. La percepción del entorno familiar sobre el trastorno.

El diagnóstico y el padecimiento del trastorno límite de la personalidad no supone cambios y alteraciones únicamente al individuo que la padece, sino que también afecta a la familia del paciente. Es por ello que el entorno juega un papel importante ya no solo en el proceso generador del trastorno sino también en la rehabilitación. Esto permite ayudar tanto al paciente como aliviar la tensión familiar (17, 18). Englobar en el proceso terapéutico a ambos participantes, intensifica el trabajo conjunto para que sientan que pueden aportar de forma activa aspectos relativos para la recuperación, y así alcanzar objetivos colectivos y promover el sentimiento de una unidad familiar (17, 18).

Por todo ello, el desarrollo del trastorno, puede afectar de forma intensa a la problemática de la comunicación familiar, dificultando a las patologías ya presentes en ellos, generando así sentimientos de culpa por no haber sabido identificar o anticiparse a la enfermedad, de miedo, o negación entre otros. Por ello, la situación puede desencadenar una crisis familiar (17, 18, 19).

A parte estos sentimientos predominantes, algunas de las reacciones típicas de las familias son:

- Sobreprotección al paciente: la familia se presta muy pendiente de él, por miedo a que pueda suceder un desencadenante trágico, de manera que este no goza de intimidad y no puede asumir responsabilidades o independencia. Esta situación lleva a las familias al aislamiento del entorno social, abandono de actividades y evitación de relaciones ya que únicamente se centran en el paciente. Esto a su vez puede terminar generando estrés y sobrecarga, dando lugar al *síndrome del cuidador* (17, 19).
- Negar la enfermedad. De esta forma actúan minimizando y normalizando la situación (17).

Aunque la participación de la familia en el proceso de rehabilitación tiene gran importancia se debe tener en cuenta que el trastorno límite de personalidad puede provocar enfermedades y una gran sobrecarga en los

cuidadores familiares. Al igual que el paciente, los allegados pueden llegar a necesitar atención y apoyo profesional (17, 19).

La intervención del contexto familiar en la terapia psicoeducativa es beneficiosa, puesto que ayuda a mejorar tanto el pronóstico de la enfermedad como a prevenir trastornos en el ámbito familiar. Esta intervención psicoeducativa grupal tiene una serie de objetivos, que son (17, 18):

- Enseñar sobre el trastorno de manera que la familia adquiera unos correctos conocimientos y comprensión del TLP.
- Recuperar una relación sana entre el contexto familiar y el paciente.

Para ello, el terapeuta y el coterapeuta (médico especializado en psiquiatría o personal de enfermería), establecen una serie de sesiones con intervención sobre el paciente y familia. Los profesionales atienden a la familia y al paciente por separado ya que es aconsejable para que el nivel de las emociones expresadas esté más controlado. Una vez hayan establecido alianza terapéutica con la familia, se organizan las reuniones colectivas. En estas sesiones el terapeuta y el coterapeuta deben prestar atención tanto a las preocupaciones de la familia como a las del paciente y crear así un ambiente de confianza y seguridad para todos los individuos (17, 18).

Si la relación terapéutica no fuese adecuada, se podría encontrar con tres tipos de resistencia (17):

- La familia se resiste al diagnóstico
- La familia se resiste a implicarse en el tratamiento, o se presta de forma desigual la implicación entre cuidadores, surgiendo un conflicto importante entre estos.
- El paciente se resiste a que la familia se involucre.

5.3. La psicoterapia como tratamiento.

El tratamiento del paciente con trastorno límite de personalidad puede abordarse desde la perspectiva farmacológica y desde la psicoterapia, la cual resulta más relevante para el correcto tratamiento del trastorno (11). Entre las psicoterapias existentes para el tratamiento del paciente con trastorno límite de personalidad, se encuentran las siguientes:

- La terapia cognitivo-conductual la cual se trata de un ámbito intervencionista de la salud que trabaja con respuestas emocionales, cognitivas, conductuales desadaptadas y físicas (9).
- La terapia basada en la mentalización la cual presenta un corte psicodinámico y se apoya sobre todo en la teoría del apego a través del trabajo del acercamiento del paciente a sus pensamientos y sentimientos (20, 21, 22). (Ver anexo IV)
- La terapia basada en la transferencia, cuya vía psicoanalítica se focaliza en el afecto, la comprensión e interpretación de las acciones y/o conductas externalizadas por el paciente (23).
- La terapia basada en esquemas, centrada en la identificación de las emociones del paciente para la posterior modificación de su estructura interna (23).
- La terapia cognitivo-analítica la cual incluye sesiones de terapia breve con un enfoque focal e integrador y que incluyen aspectos cognitivos y psicodinámicos (23).
- La terapia conversacional de Hobson, cuyo abordaje se enfoca en las emociones del paciente y en los problemas interpersonales que éste presenta (23).
- La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, la cual está orientada hacia el tratamiento del trauma y cuya aplicación se extiende a otras patologías a parte del trastorno límite de personalidad con el objetivo de ayudar a procesar las memorias almacenadas del paciente para que éstas pasen de ser disfuncionales a adaptativas (3, 24).
- Por último, se encuentra la terapia dialéctico-conductual, la cual destaca sin lugar a dudas por ser el tratamiento mejor estudiado y que mayor eficacia ha demostrado en la reducción de ingresos

hospitalarios, consumo de sustancias e intentos de suicidio (6, 23, 25, 26, 27). Ésta, fue diseñada por Marhsa Linehan, como tratamiento para pacientes con importantes problemas de desregulación emocional, conductas autolesivas y suicidas frecuentes (2, 6, 25, 26, 27), teniendo como objetivo principal el lograr que la vida del paciente valga la pena ser vivida, que se sienta a salvo y que se llegue a implicar en su tratamiento. Por ello, el individuo debe incorporar habilidades de regulación conductual y emocional a su habitual repertorio (2, 6, 25, 26, 27). (Ver anexo V)

Por otro lado, en cuanto al programa de tratamiento llevado a cabo por la terapia dialéctico conductual, está compuesto por cinco etapas de las cuales hay una primera de pretratamiento y cuatro restantes de tratamiento. Así mismo, también abarca cinco modalidades distintas, las cuales son la terapia individual, el entrenamiento de habilidades, el coaching telefónico, la terapia de familiares y allegados y diversas reuniones de supervisión de equipo. (6, 25, 26). (Ver anexo VI)

Entre las modalidades anteriormente mencionadas cabe destacar que el entrenamiento en habilidades resulta ser el pilar central de la terapia dialéctica conductual, el cual se compone de cuatro grupos de habilidades específicas que son las habilidades básicas de conciencia, las habilidades de efectividad interpersonal, las habilidades de regulación de las emociones y las habilidades de tolerancia al malestar. La duración de éste suele abarcar un promedio de dos meses y busca que el paciente aprenda a llevar a cabo conductas efectivas en los diferentes contextos ambientes en los que se va a ver envuelto en su día a día (2, 6, 25, 26, 27). (Ver anexo VII)

5.4. El papel de enfermería en el abordaje del paciente con TLP.

El personal de enfermería desempeña un papel importante en el abordaje del paciente con trastorno límite de la personalidad. Este rol implica un profundo conocimiento de las características de este tipo de paciente y lo realiza desde distintos puntos (28, 29).

Además, hay que destacar la importancia del trabajo en equipo, puesto que se otorga de un carácter multidisciplinar (28).

En dicho abordaje se llevan a cabo actividades como:

- Participación en la terapia cognitivo-conductual, en la que brinda su apoyo al paciente y lo motiva para así conocer sus conductas y poderlas analizar, tratar o controlar. Además, es un pilar importante, ya que puede pactar con el paciente o la familia a cerca de recompensas al alcanzar objetivos específicos o restricciones ante la presencia de conductas incorrectas (28, 29).
- Intervención en el manejo de los imprevistos familiares que pueden surgir, actuando como mediador u ofertando talleres de educación para la salud a la familia con la finalidad de que ésta incremente su conocimiento acerca del trastorno. Esto puede evitar la exposición del paciente a ambientes demasiado exigentes que puedan llevarle a una descompensación frecuente (28, 29).
- Establecimiento de una relación adecuada, acogedora y terapéutica con el paciente y familia para fortalecer lazos (28, 29).
- Realización de entrevistas tanto a la familia como al paciente, que permitan alcanzar un alto nivel de información sobre la vida actual del paciente y posteriormente llevar a cabo una correcta orientación de los miembros de la familia (28, 29).
- Presentación de la unidad de hospitalización, su funcionamiento y normas: horarios de comidas, ocio, descanso y separación de dormitorios entre género, etc (29).

- Participación en la utilización de la terapia farmacológica, principalmente en los primeros días de hospitalización para paliar la agitación psicomotora, la agresividad presentes en el paciente (29).
- Utilización de la contención mecánica como recurso terapéutico en el caso de que la terapia farmacológica o la psicoterapia no sean lo suficientemente efectivos para alcanzar la estabilización de los pacientes en caso de agitación (29).

Además de las actividades anteriormente mencionadas, es de gran importancia destacar que el papel de enfermería no se limita únicamente a la realización de técnicas sino que lleva a cabo una atención integral, desarrollando para ello habilidades de comunicación que permiten facilitar la recepción y la aproximación al paciente con trastorno límite de personalidad. Entre dichas habilidades de comunicación, el personal de enfermería para una correcta comunicación con este tipo de paciente, se comunica asertivamente y escucha de manera activa. Pero sobre todo se debe puntualizar la existencia de una relación de ayuda y empatía, importantes para la creación de un vínculo adecuado entre las dos partes (28, 29).

5.5. Diagnósticos enfermeros.

Tras la búsqueda realizada, se observa que los diagnósticos de enfermería más utilizados son:

- [00069] Afrontamiento ineficaz (5, 30).
- [00150] Riesgo de suicidio (5, 28).
- [00146] Ansiedad (5, 28).
- [00120] Baja autoestima situacional (5, 30).
- [00052] Deterioro de la interacción social (5, 28).
- [00121] Trastorno de la identidad personal (28).
- [00119] Baja autoestima crónica (28).
- [00072] Negación ineficaz (28).
- [00222] Control de impulsos ineficaz (28).
- [00229] Riesgo de relación ineficaz (28).
- [00054] Riesgo de soledad (28).
- [00139] Riesgo de automutilación (28).
- [00061] Cansancio del rol de cuidador (28).
- [00126] Conocimientos deficientes: enfermedad, tratamiento y evolución (30).
- [00060] Interrupción de los procesos familiares (30).

(Ver anexos VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV)

6. CONCLUSIONES

El 60% de los artículos afirman que el trastorno límite de personalidad presenta comorbilidad con diversas patologías. Se destacan los trastornos de la conducta alimentaria, más concretamente la sintomatología purgativa o bulimia nerviosa.

En cuanto a la percepción familiar sobre el trastorno, se ha podido observar que éste afecta de forma directa a la problemática de la comunicación entre los componentes, pues se generan sentimientos negativos que pueden llegar a desencadenar una crisis entre el paciente y la familia.

Debido al difícil manejo de la situación por parte de la familia, se ha visto que el personal de enfermería desempeña un rol importante en el abordaje terapéutico del paciente mediante la psicoterapia, más concretamente, la terapia dialéctico-conductual, puesto que es la más estudiada y la que mayor eficacia presenta. A parte de lo anteriormente mencionado, también destaca el uso de la empatía como habilidad de comunicación clave para un correcto abordaje terapéutico.

Finalmente, casi el 70% de los artículos demuestran que los diagnósticos enfermeros más empleados son: afrontamiento ineficaz, riesgo de suicidio, ansiedad, baja autoestima situacional y deterioro de la interacción social.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández MJ. Los confusos límites del trastorno límite. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2017 [Acceso el 8 de marzo de 2021] ; 37(132): 399-413. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000200399&lng=es
2. Corchero M, Balés C, Oliva C, Puig C. Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con trastorno límite de la personalidad. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace [Internet]. 2012 [Acceso el 9 de marzo de 2021]; (103): 8. Disponible en: [Dialnet-DiagnosticoEvolucionYTratamientoDeUnaAdolescenteCo-4393286.pdf](#)
3. Mosquera D, González A, Vázquez I. Terapia EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) en el trastorno límite de personalidad: reflexiones en torno a un caso de patología dual. RED [Internet]. 2012 [Acceso el 9 de marzo de 2021]; 37(1): 81-95. Disponible en: [vol37_n1.indd \(aesed.com\)](#)
4. Barria NA. El abordaje clínico de personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad: una exploración de las escuelas cognitivo-conductual, Gestalt, Posracionalismo y Psiconálisis. UCBSA [Internet]. 2019 [Acceso el 8 de marzo de 2021]; 17(2): 354-386. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200007&lng=es&tlng=es

5. Marín M, Bruna I, Martínez L, Valdrés A. Plan de cuidados estandarizado para pacientes con trastorno límite de personalidad. RSI [Internet]. 2020 [Acceso el 9 de marzo de 2021];1(8). Disponible en: [Plan de cuidados estandarizado para pacientes con trastorno límite de personalidad. \(revistasanitariadeinvestigacion.com\)](http://revistasanitariadeinvestigacion.com)
6. Vásquez ER. Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2016 [Acceso el 8 de marzo de 2021] ; 79(2): 108-118. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000200005&lng=es
7. Luciane R, Barcellos F, Alvares A, Pereira da Cruz S. Manifestaciones contra la contratransferencia en el proceso terapéutico de un paciente con personalidad fronteriza. Psico USF [Internet]. 2018 [Acceso el 8 de marzo de 2021]; 23(4): 705-717. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000400011&lng=en&nrm=iso
8. Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiología del trastorno de personalidad límite. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 [Acceso el 10 de marzo de 2021] ; 142(2): 204-210. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200009&lng=es
9. Mosquera D, González A, Van der Hart Onno. Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. FUNDAP | ex - IAEPD [Internet]. 2011 [Acceso el 6 de marzo de 2021]; 10-33. Disponible en: [\(PDF\) Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad \(researchgate.net\)](http://researchgate.net)

10. Badenes M, Ruiz N. Avances en psicología clínica: 2018. [Internet]. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual; 2018. [acceso el 10 de marzo de 2021]. Disponible en: [LIBRO CLINICA 2018.pdf \(aepc.es\)](http://LIBRO_CLINICA_2018.pdf(aepc.es))
11. García M^aT, Martín Pérez M^aF, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2010 [Acceso el 8 de marzo de 2021] ; 30(2): 263-278. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000200005&lng=es
12. Molina RM, Alberdi I, de Castro M, Gutiérrez N, Carrasco JL, Díaz M. Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2019 [acceso el 8 de marzo de 2021] ; 10(1): 109-120. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100109&lng=es
13. Valdivieso G. Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad. Rev. chil. neuro-psiquiatr [Internet]. 2020 [acceso el 8 de marzo de 2021] ; 58(1): 2-15. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272020000100002&lng=es
14. De Paula B, Dos Santos MA. Comorbilidad de bulimia nerviosa con trastorno límite de la personalidad: implicaciones para el tratamiento. Rev. latinoam. Psicopatol. Fundam [Internet]. 2011 [acceso el 8 de marzo de 2021]; 14(2): 268-282. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000200005&lng=en&nrm=iso

15. Arias JM. Aportes del psicoanálisis contemporáneo al diagnóstico y tratamiento del trastorno límite de la personalidad y el trastorno por uso de sustancias: La psicoterapia centrada en la transferencia y el tratamiento basado en la mentalización [Internet]. Ciudad de Tandil: Ministerio de salud; 2017. [Acceso el 10 de marzo de 2021]. Disponible en: [biblio-1047004](#)
16. Torales J, Navarro R. Trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar: del solapamiento de criterios diagnósticos al solapamiento clínico. An. Fac. Cienc. Méd [Internet]. 2019 [acceso el 8 de marzo de 2021] ; 52(1): 59-62. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492019000100059&lng=en
17. Rodríguez L, Peláez JC. Terapia familiar en los trastornos de personalidad. Acción psicol. [Internet]. 2013. [acceso el 8 de marzo de 2021] ; 10(1):75-84. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100008&lng=es
18. D' Ascenzo I, Vilaregut A, Álvarez G, Bodas M, Elias M, Ureña I, et al. Construcción de la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un miembro con Trastorno Límite de la Personalidad. RCUB [Internet]. 2019 [Acceso el 9 de marzo de 2021];49(2):57-64. Disponible en: [10.1344/ANPSIC2019.49.7](#)
19. Vega LM^a. Experiencia de los cuidadores familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad. 3ciencias [Internet]. 2019 [acceso el 8 de marzo de 2021]; 1: 11-20 Disponible en: [Dialnet-ExperienciaDeLosCuidadoresFamiliaresDePacientesCon-741362.pdf](#)

20. Sánchez S, De la Vega I. Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. Acción psicol. [Internet]. 2013 [Acceso el 8 de marzo de 2021] ; 10(1): 21-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100003&lng=es
21. Choi-kain LW, Unruh BT. Tratamiento basado en la mentalización: un enfoque de sentido común para el trastorno límite de la personalidad. RET [Internet]. 2019 [Acceso el 9 de marzo de 2021]; (83): 23-28. Disponible en: <RET83-03-tratamiento-tlp-mentalizacion.pdf> (cat-barcelona.com)
22. Escobar MJ, Santelices MP, Peláez G. Psicoterapia basada en la Mentalización como tratamiento para Trastornos de Personalidad Borderline: Revisión teórica de los postulados de Fonagy. Suma Psicol. [Internet]. 2013 [Acceso el 10 de marzo de 2021]; 10(1): 155-160. Disponible en: <a14.pdf> (bvsalud.org)
23. Bursal F, Pérez N. Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Pap.psicol [Internet]. 2017 [Acceso el 9 de marzo de 2021]; 38(2): 148-156. Disponible en: [Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno \(papelesdel psicologo.es\)](http://papelesdel psicologo.es)
24. Mosquera D, González A. Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad. Acción psicol [Internet]. 2013 [Acceso el 8 de marzo de 2021] ; 10(1): 85-96. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100009&lng=es
25. Soler J, Elices M, Carmona C. Terapia dialéctica conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. CIBERSAM [Internet]. 2016 [Acceso el 9 de marzo de 2021]; 42(165-166): 35-49. Disponible en: <2793-8524-1-PB.pdf> (uhu.es)

26. De la Vega I, Sánchez S. Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. Acción psicol [Internet]. 2013 [Acceso el 8 de marzo de 2021] ; 10(1): 45-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005&lng=es
27. Navarro M, López M. Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. Acción psicol [Internet]. 2013 [Acceso el 8 de marzo de 2021] ; 10(1): 33-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100004&lng=es
28. Bermúdez P. El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera. Enfervalencia [Internet]. 2015 [Acceso el 9 de marzo de 2021]; (108): 47-55. Disponible en: <ENF-INTEG-108.pdf> (enfervalencia.org)
29. Dall EC, García S, Noeremberg A, Vendruscolo C, Testoni AK. Cuidado de enfermería para personas con trastorno límite de la personalidad desde la perspectiva freireana. Reverendo Gaucho Enferm. [Internet]. 2019 [Acceso el 10 de marzo de 2021] ; 40. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100415&lng=pt
30. Cunillera A. Trastorno límite de personalidad: Abordaje de enfermería desde un hospital de día de psiquiatría. Rev Enferm Salud Ment [Internet]. 2015 [Acceso el 9 de marzo de 2021]; (1): 27-31. Disponible en: <Dialnet-TrastornoLimiteDePersonalidad-6145928.pdf>

8. ANEXOS

ANEXO I. DIFERENCIAS ENTRE EL TLP Y OTROS TP.

DIFERENCIAS TRASTORNO LÍMITE CON OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

1. Trastorno del estado de ánimo: el trastorno límite puede presentarse asociado a estos trastornos que, en caso de cumplir criterios diagnósticos de ambos, se diagnosticarán los dos.

2. Trastorno histriónico-trastorno límite

Búsqueda de atención, comportamiento manipulativo y emociones cambiantes.

Igual pero diferenciándose por la destructividad, rupturas de las relaciones y sentimientos crónicos de vacío y soledad.

3. Trastorno esquizotípico-trastorno límite

Ideas o ilusiones paranoides.

Ideas paranoides pero más pasajeras y en respuesta a estímulos externos.

4. Trastorno paranoide y narcisista-trastorno límite

Reacción colérica ante estímulos menores pero sin autodestructividad, impulsividad y preocupaciones de abandono.

En el trastorno límite sí que se presentan estas características.

5. Trastorno antisocial-trastorno límite

Comportamientos manipulativos para conseguir un provecho, poder o gratificación material.

En el límite su objetivo es lograr el interés de las personas que se ocupan de ellos.

6. Trastorno dependencia-trastorno límite

Se caracteriza por temor al abandono reaccionando con una búsqueda urgente de un apoyo

También tiene temor al abandono pero reaccionan con un sentimiento de vacío, rabia y demandas.

Fuente: (5)

ANEXO II. ARTÍCULOS EMPLEADOS EN EL DESARROLLO.

Tabla 2. Artículos empleados en el desarrollo

Autor	Año de publicación	Resumen	Ideas clave
Corchero M, Balés C, Oliva C, Puig C (2)	2012	Diagnóstico, evolución y tratamiento de un paciente con TL	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto y epidemiología del TLP. • Criterios para el diagnóstico del TLP. • Características de la personalidad del un paciente con TLP. • Concepto de la terapia dialéctico conductual.
Mosquera D, González A, Vázquez I (3)	2012	La terapia EMDR como tratamiento y reflexiones en torno a la patología dual en el TLP	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de la terapia EMDR. <p>Enfoque del tratamiento con EMDR.</p>
Marín M, Bruna I, Martínez L, Valdrés A (5)	2020	Plan de cuidados para pacientes con TLP	<p>Diagnósticos más importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento ineficaz • Riesgo de suicidio • Ansiedad • Baja autoestima situacional • Deterioro de la interacción social
Vásquez ER (6)	2016	La Terapia Dialéctico Conductual como programa terapéutico para el TLP	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia dialéctico conductual es una terapia de orientación conductual. • Programa terapéutico diseñado por Marsha Linehan. • Combina elementos cognitivo conductuales con técnicas de validación.

			Cuenta con cinco modalidades de intervención.
Mosquera D, González A, van der Hart O (9)	2011	El trastorno límite de la personalidad en términos de disociación estructural de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para el diagnóstico del TLP.
Badenes M, Ruiz N (10)	2018	La terapia de mentalización como tratamiento para el TLP y la patología dual de este.	<ul style="list-style-type: none"> • El TLP puede presentar comorbilidad con trastornos clínicos como con otros TP. • Las tasas de mayor comorbilidad con trastornos clínicos son: Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, etc. • En cuanto a trastornos de la personalidad son: <ul style="list-style-type: none"> ➤ histriónico, ➤ antisocial, ➤ dependiente, etc.
García M ^a T, Martín M ^a F, Otín R (11)	2010	El TLP y su tratamiento integral en los diferentes niveles asistenciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento centrado en psicoterapia individual. • Diferentes niveles asistenciales según la gravedad del paciente. • El tratamiento más importante del TLP es la psicoterapia.
Molina RM, Alberdi I, de Castro M, Guitierrez N, Carrasco JL, Díaz M (12)	2019	La personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia o ausencia de comorbilidad con TLP	<ul style="list-style-type: none"> • La prevalencia de comorbilidad entre TCA y TP se encuentra en cifras entre 0% y 58%. • Los pacientes con TP tienen una mayor prevalencia de TCA.

			<ul style="list-style-type: none"> • El TLP tiene una mayor prevalencia en pacientes que presentan bulimia nerviosa.
Vadivieso G (13)	2020	Comorbilidad y severidad clínica entre el trastorno bipolar y el TLP	<ul style="list-style-type: none"> • La comorbilidad entre TB y TLP es una amenaza para la vida. • Aprox. El 20% con uno de los diagnósticos se diagnostica con el otro. • Esta comorbilidad es frecuente.
De Paula B, dos Santos MA (14)	2011	La comorbilidad entre bulimia nerviosa y TLP y sus implicaciones para el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Se estudia el manejo clínico de pacientes con comorbilidad entre TCA y TLP. • Dentro de los TCA, la bulimia nerviosa es el que mayor comorbilidad presenta con TLP.
Arias JM (15)	2017	La psicoterapia centrada en la transferencia y el tratamiento basado en la mentalización	<ul style="list-style-type: none"> • Se estudia la comorbilidad entre el consumo de sustancias y el TLP. • El entrecruzamiento del TLP con TRS es muy frecuente. • El TLP y el TRS comparten factores etiológicos y síntomas.
Torales J, Navarro R (16)	2019	El solapamiento de criterios diagnósticos y clínico entre el TLP y el trastorno bipolar	<ul style="list-style-type: none"> • El solapamiento de los síntomas del TLP y el TB es frecuente. • El 20% de pacientes con TLP tiene TB comórbido. • Alrededor del 15% de pacientes con TB tiene un TLP en coocurrencia.
Rodríguez L, Peláez JC (17)	2013	La gran utilidad de la intervención familiar en el paciente con TLP	<ul style="list-style-type: none"> • TLP afecta a paciente y familia. • La terapia familiar mejora el pronóstico.

			<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta debe establecer una adecuada alianza terapéutica. • Actuaciones familia: sobreprotección, negación • Crisis familiar, sentimientos de culpa, miedo, negación, etc.
D'Ascenzo I, Vilaregut Anna, Álvarez G, Bodas M, Elias M, Ureña I, Yague R (18)	2019	La construcción de la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un paciente diagnosticado de TLP	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada alianza terapéutica entre terapeuta/coterapeuta y familia/paciente. • La colaboración de la familia es importante para un buen pronóstico. • Trabajo familiar en equipo para conseguir objetivos comunes. • Sentimientos familiares de culpabilidad. • Sobreprotección del paciente por parte de la familia.
Vega LMª (19)	2019	La experiencia de los familiares cuidadores de pacientes con TLP	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga del rol del cuidador. • Afectación de la comunicación familiar. • Sentimientos de culpa por no haber sabido identificar o anticiparse al trastorno del familiar. • Los cuidadores precisan apoyo profesional.
Sánchez S, de la Vega I (20)	2013	La terapia basada en la mentalización como tratamiento para el TLP	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de terapia basada en la mentalización. • Concepto de mentalización.

			<ul style="list-style-type: none"> Estructuración del tratamiento del TLP desde la terapia basada en la mentalización.
Choi-kain LW, Unruh BT (21)	2019	La mentalización como tratamiento psicoterapéutico basado en la evidencia para TLP	<ul style="list-style-type: none"> Concepto de la terapia basado en la mentalización (TBM). Trabajo del terapeuta en la utilización de esta terapia.
Escobar MJ, Santelices MP, Peláez G (22)	2013	El abordaje del TLP a través de la psicoterapia basada en la mentalización y los postulados de Peter Fonagy	<ul style="list-style-type: none"> Partes del programa del tratamiento con TBM.
Burgal F, Pérez N (23)	2017	Las principales psicoterapias para el TLP son la Terapia dialéctica conductual, la basada en la mentalización y la basada en esquemas	<ul style="list-style-type: none"> Las terapias más empleadas son la TDC, la TBM, la terapia pasada en esquemas (TBE), la terapia cognitivo-analítica (TCA) y la terapia cognitivo-conductual (TCC). Concepto de la terapia basada en esquemas. Concepto de la terapia cognitivo-analítica.
Mosquera D, González A (24)	2013	La terapia EMD como abordaje para el trastorno de personalidad limítrofe	<ul style="list-style-type: none"> Concepto de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. Objetivo de esta terapia.
Soler J, Elices M, Carmona C (25)	2016	La terapia dialéctica conductual, sus aplicaciones clínicas y evidencia empírica	<ul style="list-style-type: none"> Concepto de la terapia dialéctica conductual. Los cuatro componentes de esta terapia: terapia individual,

			entrenamiento grupal de habilidades, soporte telefónico y grupo de consulta para terapeutas.
De la Vega I, Sánchez S (26)	2013	La terapia dialéctico conductual como tratamiento para el TLP	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de la terapia dialéctico conductual (TDC). • Estructura de la TDC. • El entrenamiento en habilidades para esta terapia.
Navarro M, López M (27)	2013	Los tres modelos de tratamiento con mayor eficacia: Terapia Dialéctica Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso y Psicoterapia Analítico Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de la terapia dialéctico conductual. • Es el primer tratamiento terapéutico que ha demostrado su eficacia en la reducción de ingresos, intentos autolíticos, consumo de sustancias, etc. • Inclusión de cuatro módulos de formación de habilidades.
Bermúdez P (28)	2015	El funcionamiento psicosocial de los pacientes con TLP y su relación con los diagnósticos enfermeros	<p>Diagnósticos más relevantes en un plan de cuidados para paciente con TLP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Deterioro de la interacción social • Trastorno de la identidad personal • Baja autoestima crónica • Negación ineficaz • Control de impulsos ineficaz • Riesgo de relación ineficaz • Riesgo de soledad • Riesgo de automutilación • Cansancio del rol de cuidador

Dall EC, García S, Noeremberg A, Vendruscolo C, Testoni AK (29)	2019	La atención de enfermería a personas con TLP	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería cumple un papel importante en la atención al paciente con TLP. • Participación de enfermería en las distintas terapias. • Relación terapéutica adecuada con el paciente y la familia para un correcto abordaje. • Enfermería desarrolla habilidades de comunicación con el paciente.
Cunillera A (30)	2015	El abordaje de enfermería del TLP en un hospital de día de psiquiatría	<p>Diagnósticos más relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento ineficaz • Baja autoestima situacional • Conocimientos deficientes: enfermedad, tratamiento y evolución • Interrupción de los procesos familiares
Fernández MJ (1)	2017	La descripción sintomatológica del TLP	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología clave de los pacientes con TLP. • Concepto del TLP.
Barria NA (4)	2019	Abordaje clínico de personas diagnosticadas con TLP	<ul style="list-style-type: none"> • Características clínicas del trastorno límite de la personalidad. • Epidemiología y prevalencia del TLP. • Concepto terapia cognitivo-conductual.
Luciana R, Barcellos F, Alvares A, Pereira da Cruz S (7)	2018	Las manifestaciones contra-transferenciales en el proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología de los pacientes con TLP. • Prevalencia del trastorno.

		de un paciente con TLP	
Guendelman S, Garay L, Miño V (8)	2014	Hallazgos sobre la neurobiología del TLP	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto del TLP. • Sintomatología de los pacientes con TLP. • Prevalencia.

Fuente: Elaboración propia

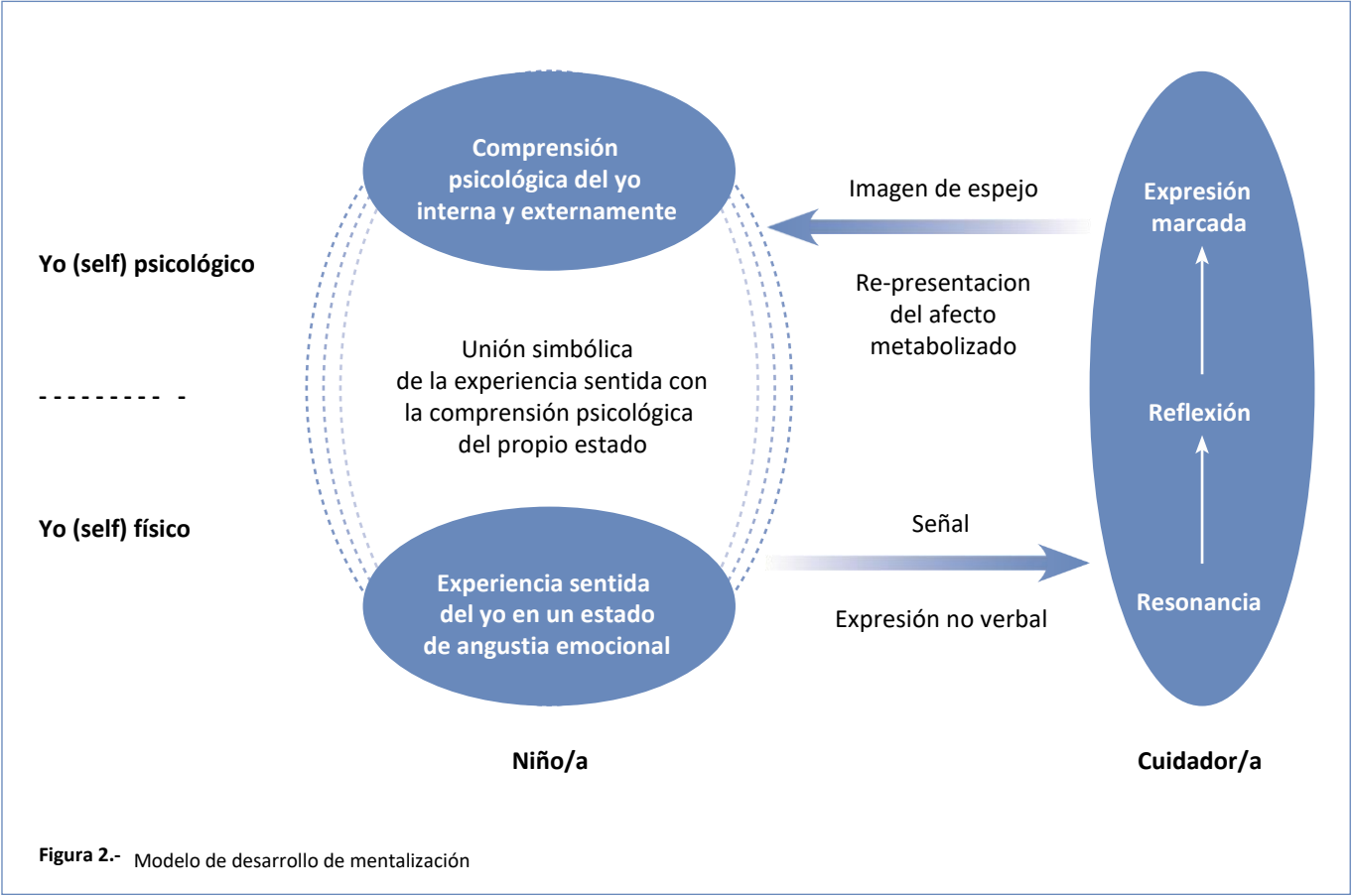
ANEXO III. COMORBILIDAD DEL TLP CON OTROS TRASTORNOS CLÍNICOS.

Comorbilidad del TLP con otros trastornos mentales del Eje I

Trastorno depresivo	41- 83%
Distimia	12- 39%
Trastorno Bipolar	10- 20%
Fobia Social	23- 47%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	16- 25%
Trastorno de Pánico	31- 48%
Trastorno conducta alimentaria	29- 53%
Trastorno por estrés postraumático	49- 56%
Trastorno por consumo de sustancias	64- 66%

Fuente: (10)

ANEXO IV. MODELO DE DESARROLLO DE MENTALIZACIÓN.



Fuente: (21)

ANEXO V. OBJETIVOS DE LA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL.

OBJETIVOS DE LA TDC
Reducción de las conductas que atentan contra la vida del paciente como intentos y/o pensamientos suicidas y autoagresiones.
Reducción de conductas que interfieren de manera grave en el tratamiento como no acudir a terapia, alejarse de las personas que brindan ayuda, etc.
Reducción de conductas que interfieren seriamente en la calidad de vida como uso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, no empleo de las redes sociales de apoyo, etc.
Incrementación de estrategias para el afrontamiento destinadas a la regulación emocional: puesta en marcha de habilidades de relación interpersonal, de manejo emocional, de conciencia y de tolerancia al malestar.

Fuente: (26)

ANEXO VI. MODALIDADES DE LA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL.

MODALIDADES	CARACTERÍSTICAS
Terapia Individual	Sesiones semanales, duración variable. Generalización de habilidades.
Entrenamiento de habilidades	Sesiones semanales, promedio de diez meses. Adquisición y fortalecimiento de habilidades.
Consulta telefónica	Entre sesiones. En caso de crisis y también para buenas noticias.
Terapia de los familiares	Para familiares y allegados. Sesiones semanales, promedio de tres meses. Psicoeducación y disminución de emoción expresada.
Terapia de los terapeutas	Reunión de equipo. Supervisión y manejo del estrés.

Fuente: (6)

ANEXO VII. ESTRUCTURA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL.

MÓDULO DE ENTRENAMIENTO	SÍNTOMAS DIANA
Habilidades básicas de conciencia	Confusión acerca del yo. Identidad. Vacío.
Habilidades de efectividad interpersonal	Caos interpersonal. Relaciones Inestables.
Habilidades de regulación emocional	Inestabilidad emocional y de estados de ánimo
Habilidades de tolerancia al malestar	Impulsividad

Fuente: (26)

ANEXO VIII. OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO - AFRONTAMIENTO INEFICAZ

[1405] NOC: Autocontrol de los impulsos.
Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ [140501] Identifica conductas impulsivas perjudiciales. ○ [140502] Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas. ○ [140504] Identifica las consecuencias de las acciones impulsivas de los demás. ○ [140506] Evita ambientes y situaciones de alto riesgo. ○ [140508] Busca ayuda cuando experimenta impulsos.
[1904] NOC: Control del riesgo: consumo de drogas
Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reconoce el riesgo de abuso de drogas. ○ Reconoce las consecuencias personales asociadas con el abuso de drogas
[1302] NOC: Afrontamiento de problemas
Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ [130201] Identifica patrones de superación eficaces. ○ [130203] Verbaliza sensación de control. ○ [130217] Refiere disminución de los sentimientos negativos. ○ [130218] Refiere aumento del bienestar psicológico.

NICS:
[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponer oportunidades para que el paciente practique la solución de problemas dentro del ambiente terapéutico. [5230] Mejorar el afrontamiento. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. [5240] Asesoramiento. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de emociones. ○ Reforzar nuevas habilidades. [5450] Terapia de grupo. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudar a los miembros a darse afirmación unos a otros de forma que puedan desarrollar la conciencia de sus propias conductas.

Fuentes: (5, 30)

ANEXO IX. OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO – RIESGO DE SUICIDIO

[1408] NOC: Autocontrol del impulso suicida

Indicadores:

- Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos.
- Verbaliza ideas de suicidio, si existen.
- No intenta suicidarse.

[1406] NOC: Control de la automutilación

Indicadores:

- Busca ayuda cuando siente la necesidad de autolesionarse.
- Mantiene el compromiso de no autolesionarse.
- No se autolesiona.

[6340] NIC: Prevención del suicidio

Actividades:

- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Enseñar al paciente estrategias para enfrentarse a los problemas (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos).
- Utilizar una forma de hablar directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio.
- Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua) para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.
- Observar, registrar e informar de cualquier cambio de humor o de conducta que puede aumentar significativamente el riesgo de suicidio.
- Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad y los programas disponibles.

[6654] NIC: Vigilancia: seguridad

Actividades:

- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.
- Proporcionar el nivel adecuado de vigilancia y permitir las acciones terapéuticas.
- Colocar al paciente en el ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación.

Fuente: (5)

ANEXO X. OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO - ANSIEDAD

[1302] NOC : Afrontamiento de problemas

Indicadores:

- [130204] Refiere disminución de estrés.
- [130210] Adopta conductas para reducir el estrés.
- [130213] Evita situaciones excesivamente estresantes.
- [130215] Busca ayuda profesional de forma adecuada.
- [130218] Refiere aumento del bienestar psicológico.

[5230] NIC: Mejorar el afrontamiento

Actividades:

- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

[5820] NIC: Disminución de la ansiedad

Actividades:

- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a reconocer las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

[4360] NIC: Modificación de la conducta

Actividades:

- Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- Identificar la conducta que ha de cambiarse.
- Desarrollar un programa de cambio de conducta.
- Administrar refuerzos positivos en las conductas que hay que incrementar.

Fuente: (5)

ANEXO XI. OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO – BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

[1305] NOC: Modificación psicosocial: cambio de vida

Indicadores:

- [130501] Establecimiento de objetivos realistas.
- [130502] Mantenimiento de la autoestima.
- [130506] Expresiones de optimismo sobre el futuro.

[1302] NOC: Afrontamiento de problemas

Indicadores:

- [130210] Adopta conductas para reducir el estrés.
- [130213] Evita situaciones excesivamente estresantes.
- [130207] Modifica el estilo de vida para reducir el estrés.

[5230] NIC: Mejorar el afrontamiento

Actividades:

- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

[5201] NIC: Guía de anticipación

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.
- Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles.
- Programar visitas en momentos de desarrollo estratégicos.

[5390] NIC: Potenciación de la conciencia de sí mismo

Actividades:

- Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas.

Fuente: (5)

ANEXO XII. OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO – DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

[1502] NOC: Habilidades de interacción social

Indicadores:

- [150203] Cooperación con los demás.
- [150207] Mostrar consideración.
- [150212] Relacionarse con los demás.
- [150216] Utilizar formas y/o métodos de resolución de conflictos.

[4362] NIC: Modificación de la conducta: habilidades sociales

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.
- Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.
- Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales.

[5100] NIC: Potenciación de la socialización

Actividades:

- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.

Fuente: (5)

ANEXO XIII. OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO – CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

[1813] NOC: Conocimiento: régimen terapéutico.

Indicador:

- Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados en el tratamiento.

[5602] NIC: Enseñanza: proceso de la enfermedad.

Actividades:

- Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de enfermedad.
- Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad.
- Enseñar al paciente medidas para controlar y minimizar los síntomas.

Fuente: (30)

ANEXO XIV. OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL DIAGNÓSTICO – INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

[2600] NOC: Afrontamiento de los problemas de la familia.

Indicador:

- Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados en el tratamiento.

[2609] NOC: Apoyo familiar durante el tratamiento.

Indicador:

- Los miembros de la familia expresan el significado de la crisis de salud.

[7110] NIC: Fomentar la implicación familiar.

- Actividades:
- Facilitar la comprensión por parte de la familia de los aspectos médicos de la enfermedad.
- Identificar la capacidad de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.

[7140] NIC: Apoyo a la familia.

Actividades:

- Facilitar la comunicación de inquietudes y sentimientos entre el paciente y la familia.

Fuente: (30)

